



Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe

Perfiles de los **S**istemas de **S**alud

Perfil de los Sistemas y Servicios de Salud de Antigua y Barbuda

(1ª edición, noviembre de 2001)*

Área de Desarrollo Estratégico de la Salud
Unidad de Políticas y Sistemas de Salud
Organización Panamericana de la Salud

TABLA DE CONTENIDO

RECONOCIMIENTOS

RESUMEN EJECUTIVO

1. CONTEXTO

1.1 Político

1.2. Económico

1.3 Demográfico y epidemiológico

1.4 Social

2. EL SISTEMA DE SALUD

2.1. Organización General

Instituciones públicas

Instituciones privadas

2.2. Recursos del Sistema

Recursos humanos

Medicamentos y otros productos sanitarios

Equipamiento y Tecnologías

2.3. Funciones del Sistema de Salud

Rectoría

Financiamiento y Gasto

Aseguramiento

2.4. Provisión de Servicios

Servicios de salud para la población

Atención Primaria

Atención Secundaria

Calidad

Calidad técnica

Calidad percibida

3. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA REFORMA DEL SECTOR DE LA SALUD

3.1. Seguimiento del Proceso

Seguimiento de la dinámica

Seguimiento del contenido

3.2. Evaluación de Resultados

BIBLIOGRAFÍA Y NOTAS

RECONOCIMIENTOS

*El perfil fue preparado por un grupo de seis profesionales y autoridades nacionales procedentes del Ministerio de Salud, el Ministerio de Hacienda y el Ministerio de Educación, así como de la Coordinación de Programas en el Caribe de la OPS/OMS con sede en Barbados. La coordinación técnica del grupo nacional fue responsabilidad del Ministerio de Salud de Antigua y Barbuda y de la Coordinación de Programas en el Caribe de la OPS/OMS. La revisión final, la edición y la traducción corren a cargo del Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, de la OPS/OMS.

RESUMEN EJECUTIVO

Antigua y Barbuda es un Estado democrático, con una legislatura bicameral compuesta por el Senado, o cámara alta, y la Cámara de Diputados, o cámara baja del Parlamento. La planificación nacional y gestión del desarrollo corre a cargo del Ministerio de Planificación, y se está finalizando el Plan Nacional de Desarrollo Estratégico (PNDE). El establecimiento y gestión de la política social nacional es tarea conjunta del Ministerio de Salud y Mejoras Sociales y el Ministerio de Trabajo y Asuntos Internos, siendo la responsabilidad del primero formular los programas de salud, basándose en la política sanitaria gubernamental. La situación sanitaria y la prestación de servicios de salud depende de una serie de factores, como son la política gubernamental, el tamaño y distribución de la población, el nivel de empleo y los flujos de emigración e inmigración. El país es relativamente pequeño y ofrece cobertura médica universal mediante una red de consultorios y centros de salud, que prestan por lo menos servicios básicos de atención primaria. El principal impedimento en el acceso a la atención sanitaria de calidad lo constituye la adquisición del idioma, debido al gran flujo de inmigrantes de habla hispana provenientes de la República Dominicana. El producto interno bruto (PIB) depende principalmente del turismo y los sectores financiero y de información, como los bancos extraterritoriales y la industria bancaria y de seguros.

En el año 2001, la esperanza de vida al nacer para la totalidad de la población es de 70,7 años: 68,5 para los varones y 73,1 para las mujeres; el promedio anual de crecimiento demográfico es de 0,7%; y la relación total de dependencia es de 45,5%. El número de nacidos vivos se ha reducido de 1.459, en 1996, a 1.329 en 1999, lo que representa una disminución de aproximadamente nueve por ciento en cuatro años. La tasa bruta de mortalidad ha permanecido prácticamente constante, entre 6,3 y 6,8 defunciones por cada 1.000 habitantes. Las neoplasias malignas han resurgido en 1999 como el principal componente de la mortalidad total (14,4%), y las afecciones hipertensivas (13,2%), las cerebrovasculares (12,8%) y las cardiopatías (12,0%) continúan siendo contribuyentes importantes (1999). La tasa de mortalidad infantil ha registrado ciertas fluctuaciones; en 2000 se redujo a 16,4. Se estima que la población a mediados de 1999 era de aproximadamente 72.670 habitantes, 25.000 de los cuales —más o menos el treinta y cuatro por ciento (34%)— residían en la zona urbana de St. Johns.

El Ministerio de Salud y Mejoras Sociales es la entidad burocrática gubernamental encargada de prestar los servicios de salud pública. Su función rectora se expresa en la reglamentación y financiamiento de las instituciones responsables de la atención sanitaria en el país. No existen burocracias gubernamentales a nivel intermedio o local, por lo que todos los servicios de sanidad dependen del nivel central. El grado de descentralización en los distintos niveles de atención es

mínimo; por consiguiente, todas las decisiones de tipo normativo, así como las relativas a recursos humanos y finanzas, se toman a nivel central. El sector de servicios privados de salud continúa creciendo con rapidez; actualmente consta de una institución de atención de agudos (con 21 camas), cuatro laboratorios privados, al menos diez farmacias, un centro ortopédico, dos centros con varios facultativos y diez médicos dedicados enteramente a su práctica privada. Todos los servicios privados se centran en la ciudad, pero gracias a que existe suficiente transporte público y privado, y un sistema de carreteras bastante bueno, se encuentran todos ellos a treinta minutos de distancia del punto geográfico más lejano de la isla. El sector privado tiende a prestar servicios de respaldo al sector público, especialmente en momentos de escasez o cuando falla el equipo. El número de médicos ha permanecido constante en los últimos dos años. La mayoría de ellos, y las enfermeras, se encuentran en las instituciones de atención de agudos. El formulario o lista de medicamentos establecida por los hospitales es de uso obligatorio en las instituciones públicas. El número de preparados genéricos asciende a trescientos sesenta. Se calcula que el gasto total en medicamentos por el sector público es de aproximadamente US\$5,00 per cápita. Todas las personas que sufren enfermedades reconocidas se convierten automáticamente en beneficiarios del Sistema de Prestaciones Médicas y reciben los medicamentos apropiados sin cargo alguno. Se dispone de equipo de alta tecnología, tanto en el sector público como en el privado, pero los servicios como cuidado intensivo y diálisis los proporciona únicamente el sector público.

El Ministerio de Salud y Mejoras Sociales se encarga de la gestión de los servicios de salud del sector público (incluida la atención individual) y de reglamentar los del sector privado. El financiamiento del sector público proviene de los fondos tributarios generales administrados por el Ministerio de Hacienda, el Sistema de Prestaciones Médicas y, en menor grado, los seguros privados y el Fondo de la Seguridad Social. Las tarifas que pagan los usuarios tienen una función mínima en el sector público, pero siguen siendo la principal fuente de ingresos (junto con los seguros) en el sector privado. Se proporcionan servicios de salud en las áreas de atención materno-infantil, saneamiento ambiental, salud mental, discapacidad y geriatría, nutrición, diabetes e hipertensión arterial, control y vigilancia de enfermedades transmisibles, visitas domiciliarias, detección de cáncer y referencia de pacientes.

Actualmente, no existe ningún programa para reformar el sector de la salud en Antigua y Barbuda. Las modificaciones al sistema actual siguen siendo lentas y graduales, y no forman parte de un proceso planificado.

1. CONTEXTO

La nación de Antigua y Barbuda comprende las islas de Antigua (17°06'N 61°47'W), Barbuda y el islote inhabitado de Redonda. Se encuentra en el centro del grupo de las Islas de Sotavento, en el Caribe Oriental. Tiene una extensión de 440 km², de los que Antigua ocupa el 64% (282 km²), con el 98% de la población (71.217 habitantes), de un total de 72.670 habitantes a mediados de 1999.

1.1 Contexto político

Antigua y Barbuda es un Estado democrático, con una legislatura bicameral compuesta por un Senado, o cámara alta, y la Cámara de Diputados, o cámara baja del Parlamento. El país está dividido en diecisiete (17) distritos electorales, uno de los cuales lo constituye la isla de Barbuda. La autoridad ejecutiva recae sobre el Gabinete de Ministros, compuesto por doce miembros encabezados por el Primer Ministro. Uno de los Ministros es el de Salud y Mejoras Sociales. Se celebran elecciones cada cinco años; la última tuvo lugar en marzo de 1999.

La planificación y gestión del desarrollo nacional corre a cargo del Ministro de Planificación, cuya responsabilidad es identificar estrategias para el desarrollo de los recursos humanos y la infraestructura. El Plan Nacional de Desarrollo Estratégico (PNDE) se encuentra en sus etapas finales de elaboración, e incluye sugerencias hechas por el sector de la salud.

La responsabilidad de establecer y gestionar la política social de la nación es tarea conjunta del Ministerio de Salud y Mejoras Sociales y del Ministerio de Trabajo y Asuntos Internos, y los dos permanecen en colaboración constante para que la duplicación de servicios sea mínima. Las principales instituciones encargadas de gestionar la política social son: a) La Dirección General del Sistema de Seguridad Social (que se encarga de las prestaciones de los cónyuges, los jubilados, las relativas a casos de discapacidad y maternidad, y las prestaciones y pagos a sobrevivientes en caso de muerte); b) La División de Bienestar Ciudadano (que se ocupa de cuestiones de desarrollo social, como servicios de orientación, supervisión de la libertad a prueba, rehabilitación social y programas para personas de edad); y c) la División de Asuntos de Género (que se refiere a cuestiones de desarrollo e iniciativas relacionadas con la condición de la mujer). El Ministerio de Salud y Mejoras Sociales tiene la responsabilidad de formular los programas de salud ateniéndose a la política sanitaria del gobierno. El proceso de planificación lo dirige el Comité de Planificación Sanitaria Nacional (presidido por el Planificador Sanitario Nacional), que ha elaborado un Plan Nacional de Salud para el quinquenio de 1997-2001. Se ha ordenado la revisión del proceso de planificación en el Ministerio, y se espera que la adopción de nuevos enfoques redunde en mejores planes y estrategias de aplicación.

La situación sanitaria y la prestación de servicios de salud depende de una serie de factores, entre los que se encuentran la política gubernamental, el tamaño y distribución de la población, el nivel de empleo (que repercute en variables como el ingreso y la nutrición) y los flujos de emigración e inmigración. Con el fin de promover un trato equitativo y servicios universales, la política sanitaria del gobierno declara que la capacidad de pago no debe representar un obstáculo para el acceso a la atención sanitaria en los establecimientos públicos.

El país es relativamente pequeño y se logra la cobertura universal mediante una red de consultorios y centros de salud que prestan al menos servicios básicos de atención primaria. Se están construyendo cuatro nuevos centros multifuncionales de salud con ayuda británica, que ofrecerán la totalidad de los servicios de atención primaria, incluida atención médica y odontología. Continúa habiendo gran demanda de tecnología y procedimientos modernos en la atención sanitaria. La opinión de la población sobre la calidad del servicio se basa en su comparación con lo que ven en la televisión sobre la situación en los países en desarrollo.

El principal obstáculo para el acceso a atención sanitaria de calidad es la adquisición del idioma, debido al gran flujo de inmigrantes de habla hispana procedentes principalmente de la República Dominicana. El alto nivel de inmigración continúa reforzando la posibilidad de que se introduzcan enfermedades transmisibles y de que vuelvan a surgir o aparezcan nuevas enfermedades, pero no hay indicio alguno de que ello esté sucediendo en el presente.

1.2 Contexto económico

Algunos indicadores económicos

INDICADOR	AÑO						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
PIB per cápita a precios constantes, en US\$	7. 488	7. 942	7. 580	8.016	8.344	8.433	8. 371
Población económicamente activa, en miles	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Gasto público total, como porcentaje del PIB	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Gasto público en programas sociales, como porcentaje del PIB	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Tasa de inflación anual	2,2	3,0	3,0	2,7	2,2	4,9	5,2

Fuente: División de Estadística del Gobierno de Antigua, Ministerio de Hacienda. Base de datos de indicadores del desarrollo mundial: <http://Sima-Ext.worldbank.org>. *US\$ 1 =EC\$ 2,70 (moneda local).

La industria del turismo mantuvo su contribución de aproximadamente sesenta y cinco por ciento (65%) al producto interno bruto (PIB) durante el período 1994-1999. El otro importante elemento del PIB lo constituye el sector financiero y de información, que incluye los bancos extraterritoriales y la industria bancaria y de seguros. La contribución de los demás sectores,

como el de la construcción, las pequeñas empresas, el agropecuario (producción agrícola, ganadera y pesquera) ha permanecido constante en el período que se examina. El financiamiento externo aumentó más del triple entre 1993 y 1999, pero no se dispone de datos sobre de la proporción que representa en el ingreso presupuestario total del sector público.

1.3 Contexto demográfico y epidemiológico

Se considera que existe gran exactitud en la notificación y registro de estadísticas demográficas (tasa de fecundidad, nacimientos y defunciones), pero las tasas pueden variar, dependiendo de las variaciones en los cálculos de las cifras de población a mediados de año. En 2001, la esperanza de vida al nacer para la totalidad de la población era de 70,7 años: 68,5 para los varones y 73,1 para las mujeres;^{1 2} el promedio anual de crecimiento demográfico, 0,7%; y la relación total de dependencia, 45,5%.³

El número de nacidos vivos ha disminuido, de un máximo de 1.459 en 1996, a 1.329 en 1999, lo que representa una reducción de aproximadamente nueve por ciento en cuatro años. Es difícil adjudicar una causa única a dicha disminución, pero el aumento en la educación sobre la infección por el VIH y el SIDA (que conlleva un mensaje de abstinencia o uso de condones) puede ser un factor importante. Asimismo, se calcula que cada año aproximadamente cincuenta de los partos de las mujeres residentes en Antigua tienen lugar fuera de la isla, y luego los consultorios de la misma atienden a las madres y a sus hijos una vez que vuelven; pero esto no es nada nuevo, y dicha cifra no se ha incluido nunca en las estadísticas de nacidos vivos. La tasa total de fecundidad entre mujeres de 15 a 44 años es de aproximadamente 48%.

	Año							
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Tasa bruta de natalidad	ND	19,1	19,9	21,3	20,8	19,1	18,3	19,5*
Tasa total de fecundidad	ND	ND	ND	ND	ND	48,4	48,4	2,3*
Tasa bruta de mortalidad	ND	ND	6,7	6,3	6,6	6,4	6,8	5,9*
Tasa de mortalidad materna	ND	ND	1,5	0	.7	0	0	ND
Tasa de mortalidad infantil	ND	ND	17,1	25,4	14,5	12,5	21,1	16,4

Fuente: División de Información Sanitaria, Ministerio de Salud, Antigua, 2001; *Las cifras corresponden al año 2001. OPS. Situación de salud en las Américas: Indicadores básicos 2001: <http://www.paho.org.sha>.

La tasa bruta de mortalidad se ha mantenido prácticamente constante, entre 6,3 y 6,8 defunciones por 1.000 habitantes, aunque en 1999 murieron 50 personas más (~11%) que en 1998. Solamente tuvieron lugar cuatro muertes maternas entre 1991 y 1997, y no se registró ninguna en 1998 y 1999. En los últimos cuatro años ha habido un aumento constante en el porcentaje de muertes por enfermedades infecciosas y parasitarias, principalmente debido a la infección por el VIH/SIDA.

El número y porcentaje de las defunciones (15%) causadas por tumores y enfermedades del sistema circulatorio (40%) se ha mantenido constante en el periodo en consideración.

Las neoplasias malignas han vuelto a constituir en 1999 el principal componente (14%) de la mortalidad total. Las enfermedades hipertensivas (13,2%), así como las cerebrovasculares (12,8%) y las cardiopatías (12,0%) continúan siendo los principales contribuyentes de la mortalidad total (1999). La diabetes mellitus y los accidentes y lesiones representan, respectivamente, 6,9% y 6,7% del total.

Se han observado ciertas fluctuaciones en la tasa de mortalidad infantil: un bajo nivel de 17,1 por 1000 nacidos vivos en 1995, que luego ascendió a 25,4 al año siguiente; asimismo, en 1998 se registraron tan sólo 12,5 defunciones por 1000 nacidos vivos; y en 1999 la cifra subió a 21,1, para luego volver a bajar a 16,4 en el año 2000. La mayoría de dichas muertes ocurrieron en la primera semana de vida. La principal causa de mortalidad infantil se debe a partos prematuros (ciertas afecciones y trastornos que tienen lugar en el período perinatal). En 1999, sesenta y siete de un total de ciento cincuenta y tres defunciones de lactantes (44%) se debieron a dicha causa. Entre otras causas menos comunes se encuentran las anomalías congénitas y la neumonía.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS DEFUNCIONES POR EDAD Y CAUSA

Grupos	1996		1997		1998		1999	
	defunciones	%	defunciones	%	defunciones	%	defunciones	%
Total	462	100	429	100	457	100	509	100
Menores de 12 meses	37	8,6	21	4,6	17	3,7	28	5,5
1-4 años	4	0,9	5	1,1	2	0,4	4	0,8
65+	251	58,5	294	63,6	304	66,5	330	64,8
Síntomas y estados mal definidos	15	3,50	25	5,4	16	3,50	19	3,7
Enfermedades infecciosas y parasitarias,* incluida la infección por VIH/SIDA	10	2,42	20	4,5	17	3,8	22	4,5
Neoplasias	79	19,1	71	15,3	74	16,8	74	15,1
Enfermedades del aparato circulatorio	167	40,3	187	40,4	180	40,8	194	39,6
Accidentes y lesiones	16	3,86	32	6,9	36	8,2	34	6,9

Fuente: División de Información Sanitaria, Ministerio de Salud, Antigua, 2001,

LAS CINCO CAUSAS PRINCIPALES DE MORTALIDAD

	1997		1998		1999	
	Categoría	Tasa	Categoría	Tasa	Categoría	Tasa
Neoplasias malignas	3	9,73	2	9,64	1	10,1
Enfermedades cerebrovasculares	1	11,2	3	9,1	3	8,94
Cardiopatías	2	10,0	1	10,7	4	8,39
Diabetes mellitus	7	3,15	5	5,03	6	4,82
Accidentes y lesiones	5	4,58	5	5,03	7	4,68
Afecciones hipertensivas	4	5,58	4	5,31	2	9,22

Fuente: División de Información Sanitaria, Ministerio de Salud, Antigua, 2001.

No se ha notificado ningún caso de cólera o malaria en Antigua y Barbuda durante el período en consideración y sólo se han confirmado cinco casos de dengue en los últimos dos años (98/99). En 1999, hubo un brote de varicela y se detectaron cuatrocientos tres (403) casos (55,46 por 10.000 habitantes). En 1998/9 se notificaron un total de siete casos de tuberculosis. No se ha registrado ningún caso nuevo de lepra. Desde que comenzó el registro de la infección por el VIH/SIDA, en 1985, hasta el 31 de marzo del 2001, se han diagnosticado un total de doscientos setenta y un casos seropositivos, diecisiete de ellos correspondientes a niños. La definición de "niño" por la Secretaría contra el SIDA es toda persona entre las edades de cero a trece (0-13) años. En el grupo de edad de quince a diecinueve (15-19) años se registraron trece casos seropositivos en el mismo período. En 1999, por primera vez desde 1996, fue mayor el número de mujeres (23) que resultaron seropositivas que el de varones (19); y entre los menores de trece años los dos casos seropositivos fueron niñas.⁴ Un total de ciento nueve (109; 76 varones, 24 mujeres y 9 niños de 0 a 13 años) de las doscientas setenta y una (271) personas seropositivas han contraído enfermedades relacionadas con el SIDA/VIH, y ochenta y cinco (85) de ellas han muerto.

El estudio más reciente sobre el alcohol y otras drogas, que tuvo lugar en 1991, mostró que el uso de *crack*, cocaína, marihuana y el abuso del alcohol eran motivo de preocupación, especialmente entre los jóvenes. Se sugiere que el consumo de *crack* y cocaína está menguando, aunque no se tienen cifras para apoyar esta conclusión. El alcohol y la marihuana continúan siendo las drogas de preferencia, por lo que son de interés desde el punto de vista de la salud pública.

1.4. Contexto social

Se calcula que la población a mediados de 1999 ascendía a 72.670 habitantes, y que 25.000 (aproximadamente, 34%) vivían en la zona urbana de St. Johns y otras 16.000 en la zona rural de St. Johns.⁵

El último censo de población, que tuvo lugar en 1991, indicó la siguiente distribución étnica de la población, en forma aproximada: noventa y uno por ciento (91%) de origen africano, 3,7% mestizos y 2,36% blancos. También existen pequeños, pero crecientes, grupos de población de extracción siria, libanesa, china, y portuguesa, así como de la India. Se están haciendo preparativos actualmente para un nuevo censo en 2001.

Antigua y Barbuda tiene un sistema gratuito y obligatorio de educación escolar para niños de 5 a 16 años. El último sondeo de alfabetización (1993) reveló que el 15,6% de la población adulta es analfabeta (con tasas de alfabetización de 14,3 entre las mujeres y 17,7 entre los hombres).⁶

No existen indicadores exactos de los niveles de pobreza del país y, si bien se han realizado varios estudios de pobreza con el transcurso de los años, las autoridades pertinentes no han validado los resultados. Tampoco se dispone de estadísticas sobre la distribución del ingreso.

La tasa oficial de desempleo era de 7,6% en 1998, que representa una subida de 7,0% respecto a los dos años anteriores. Se calcula que la tasa extraoficial de desempleo es por lo menos el doble, y, al igual que con las cifras oficiales, se espera que aumente en los próximos años, a medida que los hoteles y los negocios reduzcan su personal y pasen a depender del empleo por tiempo parcial, o a corto plazo, para cubrir necesidades específicas. La industria del turismo también se ha visto afectada por los daños causados por huracanes y la disminución en el número de visitantes que prolongan su estancia. Las oportunidades de empleo en dicho sector también se han venido reduciendo.

2. SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

2.1 Organización general

Instituciones públicas. El Ministerio de Salud y Mejoras Sociales es la entidad gubernamental encargada de prestar los servicios públicos. Su función rectora se expresa mediante la reglamentación y el financiamiento de las instituciones encargadas de la atención sanitaria en el país. La burocracia gubernamental está organizada siguiendo el modelo británico de Westminster, que es común en la mayoría de las antiguas colonias británicas en el Caribe, todas ellas ahora miembros de la Comunidad del Caribe (CARICOM). El Ministerio está encabezado por el Ministro, que forma parte del Gabinete. La autoridad administrativa queda delegada al Secretario Permanente, quien dirige el Ministerio junto con un grupo de profesionales y personal técnico y administrativo. El Médico en Jefe es el principal asesor técnico del Ministerio y tiene la responsabilidad de coordinar la prestación de servicios en hospitales y consultorios públicos.

No existen burocracias gubernamentales a nivel intermedio o local, por lo que todos los servicios de sanidad, y otros servicios sociales, dependen del nivel central. Existe un mínimo de

descentralización a los distintos niveles de atención y, por consiguiente, todas las decisiones de tipo normativo, así como las relativas a recursos humanos y finanzas, se toman a nivel central. Muchas veces la toma de decisiones tiene lugar fuera del Ministerio de Salud y Mejoras Sociales, por ejemplo, en el Ministerio de Hacienda o en el de Obras Públicas.

Instituciones privadas. El sector privado de servicios de salud continúa en rápido crecimiento; consta actualmente de una institución de atención de agudos, con 21 camas (la Adelin Clinic), cuatro laboratorios privados, al menos diez farmacias, un centro ortopédico, dos centros con varios facultativos y diez médicos dedicados enteramente a su práctica privada. El resto de los médicos trabajan para el gobierno, ya sea como consultores en el único centro de atención de agudos o como funcionarios médicos encargados de la atención primaria (y algo de atención secundaria) en los diversos distritos médicos.

Todos los servicios privados se centran en la ciudad, pero gracias a que existe suficiente transporte público y privado, y una red de carreteras bastante buena, se encuentran todos ellos a treinta minutos de distancia del punto geográfico más lejano de la isla. El sector privado tiende a prestar servicios de respaldo al sector público, especialmente en momentos de escasez o cuando falla el equipo. La mayor parte de los servicios de alta tecnología, como la tomografía axial computarizada y las mamografías, sólo los proporciona el sector público.

La evolución de los servicios de salud no ha experimentado cambios pronunciados desde el modelo colonial, si bien ha habido ajustes pequeños. En todo caso, el sistema se ha mantenido básicamente intacto en los dieciocho años de independencia. Existen una serie de modelos en consideración, pero sigue llevando tiempo recabar el apoyo político necesario para hacer frente a la reorganización. El Ministro de Planificación está considerando seriamente llevar a cabo una reforma del sector público, y dicho proceso podría estimular los cambios que se necesitan en ámbito de la salud.

2.2 Recursos del sistema de salud

Recursos humanos. El número de médicos ha permanecido constante en los últimos dos años. Las cifras no reflejan la dificultad de atraer y retener a enfermeras en las instituciones públicas. La mayoría de los médicos y enfermeras están en el hospital de agudos. El nivel de personal administrativo es el mínimo en todas las instituciones.

RECURSOS HUMANOS EN EL SECTOR DE LA SALUD

TIPO DE RECURSO	AÑO						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Médicos por 10.000 habitantes	ND	ND	ND	7,3	10,6	10,3	10,5
Número total de médicos	ND	ND	51	53	74	74	76*

Enfermeras por 10.000 habitantes.	ND	ND	ND	33,9	32,7	33,9	33,2
Número total de enfermeras	ND	ND	218	218	219	218	219
Dentistas por 10.000 habitantes	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Técnicos de laboratorio de nivel medio por 10.000 habitantes	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Número total de técnicos de laboratorio médico	ND	ND	7	12	5	12	12
Farmacéuticos por 10.000 habitantes	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Radiólogos por 10.000 habitantes	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
No. de graduados en salud pública	ND	ND	3	3	4	3	3

Fuente: División de Estadística, Ministerio de Salud, 2001; *50 en el sector público, 23 en el sector privado, y 26 únicamente en el sector privado; la cifra de 1995/6 se refiere sólo al sector público.

RECURSOS HUMANOS EN LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS, 1998

Institución	Tipo de recurso					
	Médicos	Enfermeras	Auxiliar de enfermera	Otro personal	Personal administrativo	Servicios generales
Holberton Hospital	42	136	85	ND	30	ND
Hospital psiquiátrico	3	7	22	ND	5	ND
Hospital geriátrico	0	6	22	ND	4	ND
Total	45	149	129	ND	39	ND

Fuente: Cálculos de Antigua y Barbuda, 1998.

Medicamentos y otros productos de salud. El Comité del Formulario Nacional ha establecido la lista de medicamentos de los hospitales, que también es de uso obligatorio en las instituciones públicas. El número de preparados genéricos en dicha lista es de trescientos sesenta (360). Se calcula que el gasto total en medicamentos por el sector público (precio de venta mayorista en 1998) ascendió a \$382.500,00 dólares estadounidenses, que equivale aproximadamente a US\$ 5,00 *per cápita*. No se dispone de información sobre el gasto total nacional a nivel minorista.

INDICADOR	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
No. total de productos farmacéuticos registrados	ND	ND	ND	ND	ND	360	ND
Porcentaje de medicamentos de marca	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Porcentaje de medicamentos genéricos	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Gasto total en medicamentos (precio de venta al público)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Gasto <i>per cápita</i> en medicamentos (precio de venta al público)	ND	ND	ND	ND	ND	\$5,00	ND
Porcentaje del gasto sanitario público asignado a medicamentos	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Porcentaje del gasto hecho por el Ministerio de Salud en medicamentos	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND

Fuente: División de Estadística, Ministerio de Salud, 2001.

Todas las personas que sufren enfermedades identificadas (cáncer, hipertensión arterial, diabetes, anemia de células falciformes, enfermedades mentales, glaucoma, lepra y enfermedades cardiovasculares) se convierten automáticamente en beneficiarios del Sistema de Prestaciones Médicas y reciben los medicamentos apropiados sin cargo alguno. El Sistema se financia mediante deducciones obligatorias del salario de todas las personas empleadas, y una contribución paralela idéntica (3,5%) que aporta el empleador. Todos los contribuyentes a dicho Sistema son beneficiarios, junto con las personas a las que se les hayan diagnosticado ciertas enfermedades estipuladas, contribuyan o no económicamente al mismo. Los beneficiarios reciben medicamentos gratuitos. Las personas en los grupos de edad de 0 a 16 años y de más de 60 años también reciben medicamentos sin costo alguno en los centros de salud y farmacias de hospitales. Los reglamentos actuales de la Ley de Farmacia exigen que un farmacéutico esté presente en las farmacias privadas y en cualquier otro establecimiento de salud que dispense medicamentos.

Equipamiento y tecnologías. Existe equipo de alta tecnología, tanto en el sector público como en el privado, pero los servicios de cuidado intensivo y diálisis los proporciona únicamente el sector público. El mantenimiento del equipo sigue presentando un gran problema, especialmente para el sector público, debido en parte a la insuficiencia presupuestaria y a que el personal de mantenimiento carece de la debida capacitación. En 1998, sólo aproximadamente 1,4% del presupuesto operativo del principal hospital público estaba dedicado al mantenimiento del equipo.

DISPONIBILIDAD DE EQUIPOS EN EL SECTOR DE LA SALUD, 1998

SUBSECTOR	Tipo de recurso			
	Camas (de agudos)	Laboratorios clínicos	Bancos de sangre	Equipo de radiodiagnóstico
Público	135	1	1	ND
Privado	21	3	1	ND
Total	156	4	2	ND

Fuente: División de Estadística, Ministerio de Salud, 2001.

2.3 Funciones del sistema de salud

Función rectora. El Ministerio de Salud y Mejoras Sociales está encargado de la gestión de los servicios de salud pública (incluida la atención individual) y de la reglamentación del sector privado. La Junta Central de Sanidad, que depende del Ministerio, se encarga de la salud ambiental. Las funciones de salud pública quedan definidas en la Ley de Salud Pública y sus numerosos reglamentos, pero la mayor parte de la legislación sobre el sector necesita de manera

imperiosa ser revisada y actualizada. La función reglamentadora es muy escasa en la actualidad, los marcos legales han quedado desfasados y ya no son pertinentes. Sólo existen mecanismos nominales para reglamentar a los proveedores de asistencia sanitaria en el sector privado, y básicamente no hay nada en lo referente a los seguros privados de salud.

El financiamiento del sector de la salud pública tiene lugar mediante los fondos tributarios generales administrados por el Ministerio de Hacienda. Otra fuente importante de financiamiento la constituye el Sistema de Prestaciones Médicas y, en mucho menor grado, los seguros privados y el Fondo de la Seguridad Social. Las tarifas que pagan los usuarios desempeñan una función casi insignificante en el sector público, pero continúan siendo —junto con los seguros privados— la principal fuente de ingresos del sector privado. El nivel de financiamiento procedente de los organismos donantes sigue en disminución, y en la actualidad prácticamente no tiene gran peso, excepto en el área de desarrollo de recursos humanos.

El Comité de Planificación Sanitaria Nacional, encabezado por el Planificador Sanitario Nacional, tiene la responsabilidad de elaborar y supervisar la coordinación y aplicación de los planes, programas y proyectos de sanidad en el Ministerio. Se ha preparado un proyecto de Plan Nacional de Salud, pero todavía hay que determinar su costo y tiene que ser aceptado como documento nacional. Dicho proyecto propone un proceso definitivo de reforma del sector.

Se alienta y promueve la colaboración intersectorial entre las instituciones gubernamentales, no gubernamentales y privadas, en lo referente a programas e iniciativas de salud, lo que se logra principalmente mediante comisiones de acción conjunta, como el Comité Asesor Nacional sobre la infección por el VIH/SIDA o el Comité de Alimentación y Nutrición.

La Unidad de Información Sanitaria se encarga de recopilar y procesar datos y disseminar información de salud. El sector de la salud tiene la obligación de notificar las enfermedades transmisibles identificadas. La unidad está produciendo información oportuna y, al mejorar la fiabilidad de la información, existe mayor incentivo para usarla en la toma de decisiones.

La División Institucional, dentro del Ministerio de Planificación, es el departamento encargado de la administración del personal a nivel nacional, pero el establecimiento de la política de capacitación, y las funciones de reclutamiento y entrenamiento tienen lugar a nivel ministerial y departamental. El Ministerio tiene el cometido de reglamentar y controlar el desempeño del personal de salud en el país, lo que se hace mediante una serie de organismos nombrados ya sea por el Ministro o el Ministerio, como son: a) La Junta de Registro de los Médicos, que se encarga de registrar a los médicos, dentistas y optometristas, y de fiscalizar su labor. No existen disposiciones para registrar otras categorías, como los quiroprácticos, podólogos, psicólogos y médicos naturistas. b) El Cuerpo Regional de Enfermería de CARICOM se encarga de evaluar a

las enfermeras, mediante exámenes regionales, si bien a nivel nacional la Junta de Enfermería es quien controla el registro de las enfermeras tituladas y los auxiliares de enfermería. c) La Junta de Parteras es otro órgano normativo para el registro de dicho personal de salud. Todas las parteras son enfermeras tituladas con capacitación adicional en dicha área; las parteras tradicionales no son reconocidas por el sistema oficial. El Consejo de Farmacia tiene a su cargo la reglamentación tanto del ejercicio de la profesión como de la capacitación de los farmacéuticos, y el control de la operación de las farmacias públicas y privadas.

No existe ningún tipo de acreditación para los establecimientos de salud. Tampoco existe ningún organismo público o privado que evalúe la tecnología del ramo. Los lineamientos sobre el ejercicio clínico de los profesionales de la salud se establecen a nivel de departamento y división.

Financiamiento y gasto. El Ministerio de Salud financia toda la atención sanitaria pública mediante asignaciones presupuestarias procedentes del Ministerio de Hacienda. El Sistema de Prestaciones Médicas, que es una autoridad estatutaria dentro del Ministerio de Salud, aporta una de las principales contribuciones a dicho financiamiento. No se dispone de información sobre el gasto sanitario del sector privado. La cantidad que de hecho invierte el gobierno en salud ha aumentado progresivamente en los seis años en consideración, si bien el nivel de dicho gasto, expresado como porcentaje del presupuesto nacional, ha permanecido prácticamente constante: entre 12,7 y 13,95%. El gasto sanitario per cápita ha aumentado de forma sostenida y ascendía a US\$ 755 en 1999. El gasto del sector de la salud como porcentaje del PIB registró su punto más alto en 1996 (3,77%), pero en 1997 descendió a 3,46%. El Gobierno está en proceso de construir un hospital nuevo de atención de agudos, con todos los adelantos de la técnica y una capacidad de 180 camas; a no ser que existan recortes en el gasto de atención primaria, cosa que sería difícil de justificar como política, se espera que el costo de atención sanitaria continúe creciendo en los próximos cinco años.

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Gasto sanitario público per cápita (en US\$)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Gasto sanitario público /Gasto total público	ND	ND	7,8	7,6	7,9	7,2	7,7
Gasto sanitario total per cápita (en US\$)	ND	ND	611	632	667	727	755
Gasto sanitario total como porcentaje del PIB	ND	ND	3,1	3,8	3,5	ND	ND
Deuda externa sanitaria/Deuda externa total	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND

Fuente: División de Información Sanitaria, Resumen Estadístico Anual, 2000.

No existe información fidedigna sobre los niveles de cobertura y financiamiento que tiene el sector de seguros privados. Tampoco se dispone de cálculos sobre la contribución gubernamental

para el tratamiento fuera del país en casos que requieren atención especializada. El Sistema de Prestaciones Médicas cubre la mayoría de dicho tratamiento. Todos los indicadores sugieren que tanto el volumen como el costo del tratamiento constituyen una parte considerable del gasto nacional. La Unidad de Planificación sigue calculando los niveles de actividad financiera de las empresas de seguro privado, y establece y define su función actual en el financiamiento del sector sanitario en general. Existe poca cooperación del sector privado para obtener dichas cifras, y no hay ningún mecanismo reglamentador que exija que le sean proporcionadas a las instituciones de gobierno.

El gasto presupuestario gubernamental por institución —extrapolado para obtener un cálculo aproximado de los niveles de atención— indica que, en 1999, aproximadamente 38% del presupuesto se invirtió en atención a los niveles secundario y terciario, y se utilizó básicamente el mismo porcentaje en la atención primaria (incluida la salud ambiental). El porcentaje gastado en atención primaria se ha reducido con relación al 48% registrado en 1997. Es importante indicar que, aproximadamente, sólo 13% del presupuesto corresponde a atención primaria personal directa (clasificada como "médica general"). Las cifras relativas a la Junta Central de Salud muestran el gasto correspondiente al manejo de los desechos sólidos y efluentes, la limpieza de las calles, la calidad del agua, la vigilancia cárnica y de otros alimentos, etc.

**GASTO DEL SECTOR PÚBLICO POR INSTITUCIÓN Y NIVEL DE ATENCIÓN
(en USD)**

Institución	Nivel de atención	1998	1999
Ministerio de Salud, nivel central		3.300	1969
Administración total	Administrativo	3.300	1969
Atención médica general *		3.195	4.629
Junta Central de Salud		11.426	5.550
Nivel primario total	Primario	14.621	10.179
Hospital Holberton		7.869	8.654
Hospital Psiquiátrico		783	1.018
Total a nivel secundario y terciario	Secundario y terciario	8.652	9.672
Otros (incluye el Instituto Fiennes)		1.034	1.677
TOTAL		27.607	23.497

Fuente: División de Información Sanitaria, Resumen Estadístico Anual, 2000.

La asignación de recursos sigue siendo mayor para las intervenciones de alta tecnología en la institución de atención de agudos, y, si bien se están redoblando esfuerzos para fortalecer la atención primaria y alentar la participación del sector privado, la tendencia será que aumente el

gasto en la atención institucional. La construcción de un nuevo hospital con 200 camas supondrá una desviación de recursos para la atención institucional, a pesar de lo indicado en la normativa sanitaria. Se espera que dicho establecimiento esté listo en 2002.

Seguros. Las autoridades sanitarias no disponen de información alguna sobre los niveles de cobertura ni las modalidades de prestación de los programas de seguros de salud pública. No existe información oportuna ni fidedigna sobre el sector privado. La Ley de Salud Pública exige que las instituciones gubernamentales proporcionen atención de salud sin cargo alguno en el momento de la entrega a todas las personas menores de dieciséis (16) años y a los mayores de sesenta y cinco (65), lo que generalmente tiene lugar en los consultorios y centros de salud de distrito y en el hospital de atención de agudos.

Todas las personas empleadas tienen la obligación legal de formar parte del Sistema de Seguridad Social y el Sistema de Prestaciones Médicas. Las contribuciones a ambos sistemas equivalen a una deducción del 2,5% y 3,5% del salario del empleado, junto con una aportación paralela de la misma cantidad por parte del empleador. Asimismo, las personas de cualquier edad se convierten en beneficiarios del Sistema de Prestaciones Médicas si se diagnostica que sufren cualquiera de estas enfermedades crónicas: hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer, enfermedades cardiovasculares, trastornos mentales, glaucoma, asma, lepra y anemia de células falciformes.

Existen dos lagunas en la cobertura. No hay disposición alguna para la cobertura de los jóvenes mayores de dieciséis años sin empleo, y los trabajadores autónomos entre dieciséis y sesenta y cinco años tampoco tienen derecho a convertirse en beneficiarios del Sistema de Prestaciones Médicas, aunque lo deseen. Ambas deficiencias se están abordando en la actualidad.

Las prestaciones de los varios sistemas son las siguientes: a) La Seguridad Social proporciona pagos por discapacidad y jubilaciones, así como para los gastos del entierro. b) El Sistema de Prestaciones Médicas aporta medicamentos, atención a pacientes internos (en el ala general del hospital), servicios de diagnóstico, visitas médicas. La Ley de Salud Pública se refiere a todos los servicios de atención de salud. No existe ningún conjunto básico de prestaciones médicas o un plan básico de salud al que todos los ciudadanos tengan derecho.

2.4 Servicios prestados por los sistemas de salud

Servicios dirigidos a la población. Dichos servicios los proporcionan los siguientes organismos:

- a) Holberton Hospital, un hospital de atención de agudos, con 141 camas, que se especializa en medicina interna, medicina general, cirugía ortopédica y otorrinolaringológica, anatomía patológica, radiología, pediatría y ginecoobstetricia.
- b) El Hospital Psiquiátrico, con una capacidad de 150 camas, que tiene en la actualidad 90 pacientes.
- c) El Instituto Fiennes, una institución geriátrica para pacientes recluidos durante largos períodos, que tiene una capacidad para 100 personas.
- d) El Hospital Springview, en la isla de Barbuda; tiene capacidad para pacientes internos pero atiende principalmente a pacientes ambulatorios.
- e) Una red de consultorios de la comunidad, nueve (9) de los cuales están clasificados como centros de salud y los dieciocho (18) restantes son consultorios satélites que proporcionan una variedad de servicios de atención primaria. Prestan servicios en las áreas de atención maternoinfantil, saneamiento ambiental, salud mental, discapacidad, geriatría, nutrición, diabetes e hipertensión, y control y vigilancia de enfermedades transmisibles, así como visitas domiciliarias, detección de cáncer y servicios de referencia de pacientes. También hay una escuela que hace tamizaje de trastornos visuales, auditivos, del habla, dentales y mentales.

El país está dividido en seis distritos médicos y se nombra un funcionario médico de distrito para prestar servicio en cada uno de ellos. Existe un cuadro de enfermeras de atención primaria para ayudar a los funcionarios médicos, las enfermeras de salud pública, las enfermeras clínicas y auxiliares de enfermería, y los inspectores de salud pública.

Se hace hincapié en la promoción y protección de la salud, concentrándose principalmente en la salud reproductiva —incluidas las enfermedades de transmisión sexual, particularmente la infección por el VIH/ SIDA—, la salud maternoinfantil, la atención de los adolescentes, el manejo de las enfermedades transmisibles y no transmisibles (principalmente hipertensión, diabetes y cáncer), y el abuso de alcohol y drogas. La cobertura es nacional. La vacunación de lactantes con DPT y VOP hasta el año de edad fue de 99% (en 1998) y 97% (en 1999). La relativa a sarampión, parotiditis y rubéola ascendió al 97% de la población destinataria en 1999.

Los médicos privados, los consultorios gubernamentales, el Hospital Holberton y la clínica privada Adelin ofrecen todos ellos servicios de atención prenatal, con lo que existe un 96% de cobertura por personal profesional capacitado. La mayoría (95%) de los partos tienen lugar en la

institución de salud pública y el resto en consultorios privados o en el hogar, con asistencia profesional.

Servicios de atención individual: Ambos niveles de atención. La Unidad de Información Sanitaria ha mejorado sus actividades de recopilación, análisis y diseminación de datos, como parte de una campaña de eficiencia. Dicho departamento ha estado produciendo un compendio anual de información sanitaria desde 1996. Los datos los proporcionan los establecimientos de salud basados en sus registros escritos. La atención continúa centrada en mejorar la fiabilidad de los informes y su expedición oportuna. Existe mayor uso de información en la toma de decisiones.

La población siempre ha podido elegir sus proveedores de asistencia sanitaria y el lugar de servicio, cosa que continúa. Hay indicios de que existe gran movilidad de clientes entre los sectores público y privado; por buscar segundas opiniones, y también dependiendo del costo y la disponibilidad de los servicios. Algo que resulta problemático es el uso continuo del hospital principal para la atención de accidentes, en el caso de pacientes ambulatorios, lo que pone excesiva demanda en el mismo y obstaculiza prestar atención de urgencias.

Atención primaria. Los centros de salud no tienen sistemas computarizados de información. En 1999, aproximadamente 6.000 personas de más de 20 años habían entrado en contacto con el Servicio de Salud de la Comunidad para adultos, lo que representa una cobertura de aproximadamente 13,5% de la población derechohabiente. Se considera que dicha cobertura es sumamente baja, dado el énfasis que se pone en la atención preventiva. El personal médico y subalterno (principalmente enfermeras de atención primaria, enfermeras de salud pública y enfermeras parteras) realizan aproximadamente el mismo número de consultas y revisiones médicas en la red de centros de salud y consultorios. Las razones más comunes de consultas entre los niños (de hasta 5 años de edad) son infecciones respiratorias agudas, diarrea, lesiones e infecciones de la piel. En todos los demás grupos de edad las razones más frecuentes de las consultas se deben a enfermedades no transmisibles (hipertensión y diabetes) y lesiones. Existen modalidades de visitas domiciliarias, pero las realizadas por el personal de salud en 1999 (15.312) disminuyeron comparadas con las que tuvieron lugar en 1998 (16.475). Las visitas domiciliarias las hacen los médicos y otro personal capacitado de la red de centros de salud. La cobertura es universal.

Atención secundaria. Toda la atención secundaria en el sector público la proporciona el único hospital de atención de agudos, que sí tiene un sistema computarizado de información, aunque existen pocos indicios de que la información sea usada para el manejo clínico. El Hospital Holberton contaba con 141 camas en el período de observación.

El cuadro que sigue muestra los servicios prestados por el hospital. El promedio de estancia y el número total de días por paciente casi se duplicaron entre 1997 y 1998, lo que resultó en una tasa de ocupación de 125% (con el consiguiente hacinamiento, que obligó a tener pacientes en camillas en los pasillos, etc.) en 1999. El hospital tenía 220 camas antes de 1989, pero una serie de huracanes y otros percances físicos han hecho que se reduzca continuamente el número, hasta llegar al presente nivel de 141. Las siguientes cifras de uso muestran la necesidad de contar con otro establecimiento alternativo o nuevo.

SERVICIOS PRESTADOS EN 1997-1998 – HOSPITAL HOLBERTON

	1997	1998
No. total de pacientes dados de alta	4.584	4.904
Tasa de ocupación	74	125
Promedio de días de estancia	7	13

Fuente: División de Información Sanitaria, 2001.

Existe un comité de infecciones nosocomiales y programas para asegurar la calidad en el principal establecimiento de atención de agudos, pero en ambos casos la vigilancia se centra en la profesión de enfermería. No hay ningún otro programa en vigor para controlar la calidad en el hospital, ya sea a nivel técnico o por observación. Por ejemplo, no existen procedimientos de orientación de los usuarios, ni estudios de satisfacción o encuestas de los mismos, o comités para resolución de disputas.

3. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA REFORMA DEL SECTOR

No existe un programa de reforma del sector de la salud en Antigua y Barbuda. Las modificaciones al sistema de salud actual continúan siendo lentas y graduales, sin formar parte de un proceso planificado. Los relativamente pocos cambios que han tenido lugar en la última década no constituyen una "transformación intensiva".

El marco jurídico no se ha modificado, a pesar de haberse elaborado un nuevo proyecto de ley ambiental; y la función rectora del Ministerio de Salud y el modelo de gestión nacional siguen igual. No se han separado las funciones. Se ha hablado mucho de descentralizar el sistema, pero continúa centralizado, y la toma de decisiones sobre personal, finanzas, sistemas y servicios tiene lugar en la sede ministerial. Hay un incremento en la participación social —pero no control—, mediante una serie de comités a nivel de la comunidad en las áreas de bienestar infantil y juvenil, atención geriátrica y psiquiatría.

Antigua y Barbuda no tiene un programa estructurado para la reforma del sector, más bien el sistema ha concentrado gran parte de su esfuerzo en la promoción de la salud, especialmente en lo que respecta a la infección por el VIH y el SIDA, la educación sanitaria, y la educación sobre la vida familiar y la salud. Se están haciendo esfuerzos por mejorar los establecimientos donde se prestan los servicios primarios, así como los secundarios y terciarios. Todos los consultorios nuevos ofrecerán servicios odontológicos y de farmacia. Hay algunos esfuerzos por mejorar la garantía de la calidad, mediante la racionalización de los servicios de salud y el desarrollo de recursos humanos para nuevos consultorios y el nuevo hospital, pero sin un programa formal es difícil evaluar la repercusión de estas reformas del sector.

BIBLIOGRAFÍA Y NOTAS

¹ Censo de población de Antigua y Barbuda, 1991.

² Organización Panamericana de la Salud, La Situación de salud en las Américas: Indicadores básicos 2001.

³ Ibid.

⁴ Secretaría de Antigua contra el SIDA, 30 de abril de 2001.

⁵ Resumen estadístico anual.

⁶ Ministerio de Educación, Cultura y Tecnología, 2001. Programa de Alfabetización de Antigua.